

LES PERITONITES PAR PERFORATION ILEALE EN CHIRURGIE « B » DE L'HOPITAL DU POINT-« G »

SISSOKO F, ONGOÏBA N, BERETE S, DIARRA S, COULIBALY Y, DOUMBIA D,
SIDIBE S, TRAORE A.Kr dit DIOP, KOUMARE A.K

Adresse : Professeur Abdel Karim Koumaré Chef service chirurgie B hôpital du point G Bamako

RESUME

L'absence de publications maliennes sur les perforations iléales en fonction des étiologies a motivé notre travail. Nous avons rétrospectivement répertorié 43 cas : 37 chez des sujets de sexe masculin, 6 chez des sujets de sexe féminin. L'âge moyen de nos malades a été de 23 ans avec un écart type = 12,7. L'urgence a été le mode de recrutement le plus fréquent (93,1%). Le délai moyen de consultation entre le début des signes et l'arrivée dans le service de chirurgie « B » a été de 7,9 jours, avec des extrêmes de 1 à 14 jours. Les signes cliniques évocateurs de la perforation intestinale ont été principalement la douleur abdominale (100%), la défense pariétale (72%), la disparition de la matité hépatique (63%). La radiographie de l'abdomen sans préparation a permis de poser le diagnostic radiologique de perforation à partir de la mise en évidence du pneumo péritoine dans 79% des cas. Le sérodiagnostic de Widal a confirmé l'étiologie typhique dans 75% des cas. La suture a été la technique la plus utilisée dans notre série. Le suivi postopératoire à long terme a permis de retrouver 78% de nos malades. La morbidité globale a été de 40% et la mortalité globale de 16,2%.

MOTS CLES : Péritonite, perforation, iléon.

INTRODUCTION

Plusieurs affections digestives peuvent entraîner secondairement une péritonite, parmi lesquelles la perforation iléale, qu'elle soit accidentelle ou non.

GROSFELD et al [6] aux USA, ont étudié les péritonites par perforation gastro-intestinale chez les enfants. Sur 179 cas de perforations gastro-intestinales 105 siégeaient sur l'iléon avec une fréquence de 58,65%. Ils ont conclu que les perforations iléales sont fréquentes chez les enfants prématurés avec une mortalité très élevée (48%).

En Afrique, SANOU D et al [9] au Burkina Faso en 1999, sur 239 cas de perforation typhique trouvent une mortalité de 16,81%.

Au Mali DEMBELE M [4] en 1974 sur 15 cas de perforation typhique du grêle a trouvé une mortalité à 20%. ONGOÏBA N [8], en 1983 dans sa thèse trouvait que les péritonites typhiques représentaient la 2^{ème} étiologie des péritonites aiguës dans les 3 hôpitaux nationaux de BAMAKO Point-«G», GABRIEL TOURE, et KATI avec une fréquence de 20% et une mortalité de 14,81%.

Rares sont les études dans notre pays qui ont été menées sur les perforations de l'iléon (toutes les étiologies confondues). D'où le choix de notre travail en ayant comme objectif général d'étudier les péritonites par perforation iléale dans le service de chirurgie B de l'hôpital du Point-G :

Les objectifs spécifiques étaient de :

- déterminer la fréquence des perforations iléales en chirurgie B
- déterminer les principales étiologies des perforations iléales
- décrire les signes cliniques et para-cliniques en chirurgie B
- décrire le traitement de ces malades
- décrire les suites d'hospitalisations de ces malades.

Notre travail a été rétrospectif allant de 1978 à 1998

2.1. Critères d'inclusion : nous avons pris en compte toutes les péritonites par perforation iléale dans le service de chirurgie B confirmées par la laparotomie.

2.2. Critères de non – inclusion : n'ont pas été pris en compte :

- Toute perforation non confirmée par la laparotomie
- Tout malade à dossier incomplet
- Toute péritonite non liée à la perforation iléale.

2.3. Le suivi des malades a été effectué pendant et après l'hospitalisation. Les informations pendant l'hospitalisation ont été retrouvées dans les dossiers d'hospitalisation.

Pour le suivi après hospitalisation, les renseignements ont été recueillis soit sur le dossier médical soit à domicile pour les patients résidant à Bamako et auprès des personnes-contact pour ceux qui vivent en dehors de Bamako.

3.1 Aspects épidémiologiques

Quarante trois (43) cas ont été colligés (37 de sexe masculin et 6 de sexe féminin.). Les sujets de sexe masculin ont représenté 86% de nos malades. La moyenne d'âge a été de 23 ans avec un écart type = 12 ; des extrêmes allant de 6 à 63 ans (tableau I).

La majorité de nos patients a été reçue en urgence : 40 cas (soit 93,1%).

Durant notre période d'étude nous avons effectué dans le service de chirurgie « B » 22336 consultations ordinaires, 1769 consultations urgentes ; 5778 patients ont été hospitalisés et 5121 patients ont été opérés. Ainsi, les perforations iléales ont représenté une fréquence de 0,19% des consultations ordinaires, 2,43% des consultations en urgence, 0,74% des hospitalisations et 0,83% des interventions chirurgicales.

3.2 Aspects cliniques :

La symptomatologie a été d'installation brutale dans 22 cas (soit 51%), progressive dans 17 cas (soit 40%), et de façon indéterminée dans 4 cas (soit 9%).

Le syndrome occlusif a été le motif de référence (tableau II) le plus fréquent : 15 cas (soit 34,8%).

Le signe fonctionnel le plus fréquemment trouvé a été la douleur abdominale : 43 cas (soit 100%) suivi de l'arrêt des matières et des gaz : 23 cas (soit 53,4%).

La défense pariétale (tableau IV) a été le signe physique le plus courant : 31 cas (soit 72%) suivi de la disparition de la matité pré- hépatique : 27 cas (soit 63%). la douleur au toucher rectal a été notée dans 24 cas (soit 56%).

La durée moyenne d'évolution de la maladie avant l'arrivée en chirurgie « B » a été de 7,9 jours avec un écart type = 3,5. Le syndrome occlusif a été le diagnostic pré opératoire posé dans 45% des cas ; suivi du diagnostic de perforation typhique dans 23% des cas (tableau III).

3.3 Aspects paracliniques :

La radiographie de l'abdomen sans préparation a mis en évidence la présence du pneumopéritoine dans 34 cas (soit 79%).

Le sérodiagnostic de Widal effectué chez 24 patients suspects de fièvre typhoïde a été positif dans 18 cas (soit 75% des cas où le test a été effectué).

3.4 Aspects étiologiques :

Nous avons trouvé dans notre étude : 29 cas (soit 68%) de perforation typhique ; 7 cas (soit 16%) d'ischémie intestinale ; 7 cas soit 16% de contusion abdominale.

Dans 30 cas (soit 69,7%) la perforation était unique ; dans 4 cas la perforation était double ; il y avait plus de 2 perforations dans 9 cas.

La taille de la lésion était inférieure à 1 cm dans 14 cas (soit 33%) . Elle était supérieure à 2 cm dans 29 cas (soit 67%) .

La majorité des perforations (24 cas, soit 56%) était située à plus de 10 cm de la jonction iléo-caecale.

3.5. TRAITEMENT

3.5.1. Le traitement médical pré, per et postopératoire à l'arrivée dans le service de chirurgie « B » :

- La réanimation préopératoire a été la règle chez tous nos malades avec une durée moyenne inférieure à 24 heures.
- En per opératoire l'association betalactamine (amoxicilline) et imidazolés (metronidazole) a été utilisée.
- Le chloramphénicol a été peu utilisé.

3.5.2 Nous avons réalisé en ce qui concerne le traitement chirurgical proprement dit des différentes perforations :

| | |
|----------------------------------|-------------------|
| - la Suture simple : | 31 cas (soit 72%) |
| - la Résection plus anastomose : | 10 cas (soit 23%) |
| - la Résection plus iléostomie : | 2 cas (soit 5%) |

3.6 EVOLUTION :

3.6.1. Les suites postopératoires précoces :

Dans 19 cas (soit 44%) les suites opératoires ont été simples . Nous avons observé 12 cas (soit 27%) d'infection pariétale ; 5 cas (soit 13%) de péritonite postopératoire. La mortalité globale a été de 7 décès sur 43 cas (soit 16%) : 5 cas de décès/31 après suture simple ; 1 décès/10 après résection plus anastomose et 1 décès/2 après résection plus iléostomie.

La mortalité des perforations d'origine ischémique a été de 28,5% (2 cas/7).

La mortalité dans les perforations typhiques a été de 71% (5 cas/29) .

Aucun décès n'a été enregistré dans les perforations iléales d'origine traumatique

La durée d'hospitalisation postopératoire moyenne a été de 23 jours avec un écart type = 21.

3.6.2 Les suites opératoires à 1 mois :

Sur les 36 malades qui ont vécu plus d'un mois, nous avons observé 1 cas de retard de cicatrisation.

3.6.3 Les suites opératoires de 1 à 5 ans :

Nous avons eu :

- Suite simple : 30 cas (soit 83%)
- Eventration : 1 cas (soit 3%)
- Perdus de vue : 5 cas (soit 14%).

Nous avons trouvé une fréquence de 2,4% de perforation iléale par rapport à l'ensemble des consultations en urgence. Ce taux est inférieur à ceux de *SOW.ML* [11] et de *DIOUF* [5] au Sénégal ; qui ont été respectivement de 6% et de 5,76% ($\text{Khi}^2 = 46,46$; $p < 10^{-6}$).

Par rapport aux urgences du Burkina-Faso, *Sanou D* [9] a observé en 1998 : 239 cas (soit 18,64%) de perforation typhique sur 1282 cas de péritonites généralisées.

La prédominance masculine dans notre série de l'ordre 86,2% dans la perforation typhique est peu différente du taux de 64,85% observé dans le travail de *Sanou*.

Le délai moyen de consultation en chirurgie « B » a été de 7,9 jours avec un écart type = 3,51. La majorité des cas a été référée pour syndrome occlusif (34,8 %). Nos malades sont vus très tardivement. Ce taux est inférieur à celui de *SIDIBE Y.* qui a été de 74 % en 1996. La suture simple de la perforation a été utilisée dans 72 % des cas. Ce taux est unanimement reconnu par la plupart des auteurs [10-12].

Le taux de mortalité dans la perforation typhique dans notre série a été de 5 cas/29 soit 17%. Il se rapproche de ceux de *Ongoïba N.* [67] et de *Sanou D.* qui ont respectivement trouvé 14,81% et 27% ($\text{Khi}^2 = 5,2$, $P = 0,15$). Pour beaucoup d'autres auteurs [65,76,77,80] la mortalité varie de 3 à 30% et serait proportionnelle aux niveaux : économique, social et sanitaire de chaque pays. *Sanou D* a remarqué dans son étude que l'arrivée tardive des malades à l'hôpital couplée à des interventions longues et complexe ont contribué à une augmentation de la mortalité.

CONCLUSION

La fièvre typhoïde a été la principale cause de perforation iléale dans notre travail.

Nous avons pratiqué soit une suture de la perforation , soit une résection de l'anse emportant la perforation suivie d'anastomose ou d'une iléostomie temporaire. Les indications étaient fonction de la lésion (siège de la perforation par rapport à la valvule de Bauhin, de l'état de la paroi intestinale autour de la perforation) et de l'état général des malades.

Le taux de morbidité postopératoire chez nos malades opérés a été de 40 %.

Le taux de mortalité globale a été de 16 %.

Tableau I: Répartition des malades présentant une perforation iléale en fonction de l'âge et de la population des malades hospitalisés du service.

| Age | Perforation iléale | Malades hospitalisés | % |
|-------|--------------------|----------------------|-----|
| 0-20 | 22 | 1393 | 2 |
| 21-40 | 17 | 2254 | 1 |
| >40 | 4 | 2131 | 0,1 |
| Total | 43 | 5778 | 0,7 |

Tableau II: Répartition des malades présentant une perforation iléale en fonction du motif de référence

| Motif de référence | Effectif | % |
|----------------------------|----------|------|
| Syndrome occlusif | 15 | 34,8 |
| Perforation d'organe creux | 7 | 16,4 |
| Traumatisme abdominal | 4 | 9,3 |
| Péritonite | 2 | 4,6 |
| Appendicite | 3 | 6,9 |
| Hernie étranglée | 2 | 4,6 |
| Autres | 10 | 23,4 |
| Total | 43 | 100 |

Tableau III : Répartition des malades présentant une perforation de l'iléon selon les signes fonctionnels.

| Signes fonctionnels | Effectif | % |
|-----------------------|----------|------|
| Douleur abdominale | 43/43 | 100 |
| Vomissement | 15/43 | 34,8 |
| Arrêt matières et gaz | 23/43 | 53,4 |
| Hoquet | 8/43 | 18,6 |

Tableau IV : Répartition des malades présentant une perforation de l'iléon selon les signes physiques

| Signes physiques | Rapport | % |
|------------------------------|---------|----|
| Défense pariétale | 31/43 | 72 |
| Plaie pariétale | 2/43 | 5 |
| Contracture pariétale | 13/43 | 30 |
| Disparition matité hépatique | 27/43 | 63 |
| Douleur au TR | 24/43 | 56 |

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- ADJADJA G - Contribution à l'étude des péritonites aiguës généralisées chez l'enfant au CHU de Dakar (à propos de 100 cas). These Med, 1980 : Dakar.
- BARBIER J, CARRETIER M, KRAIMPS JL - Les péritonites aiguës. Encycl. Med-Chir, (Paris, France), urgence 24048B-10, 2-1988 :18p.
- COULIBALY O S - Perforations digestives en chirurgie « B » de l'hôpital du « Point-G ». These Med, Bamako, 1999, n°188.
- DEMBELE M, PAPADATO A - A propos de 16 perforations typhiques de l'intestin grêle. Med d'Afr Noire 1974 ; 21 (4) :3p.
- DIOUF A B, TROURE P, Padonou N - Perforations intestinales (à propos de 30 cas observés à la clinique chirurgicale du CHU de Dakar. Med Afr Noire 1975 ; 20 (2) : 115 – 119.
- GROSFELD JL, MOINARI-CHAET M, ENGUM S A, WEST K W, RESCORLA F J ET SCHERER LR 3rd .-Gastrointestinal perforation, and peritonitis in infants and Children : Surgery 1996 ; 120 (4) : 650-5.
- NGUYEN VS - Perforation typhiques en milieu tropical : à propos de 83 observations. Jou. Chir PARIS 1994 ; 131 (2) : 90-95.
- ONGOÏBA N - Contribution à l'étude Epidémiologique et clinique des péritonites aiguës. Dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. These med, Bamako, 1984, n°24.
- SANOU D, SANOU A ; KANFADO R - Les perforations iléales d'origine typhique : difficulté diagnostique et thérapeutique (à propos de 239 cas).- Burkina Med 1998 ; 1(2) : 17-20.
- SIDIBE Y - Les péritonites généralisées au Mali : à propos de 140 cas opérés dans les hôpitaux de Bamako et de Kati. These Med, Bamako, 1996 ; n°1.
- SOW M.L. DIA A, FALL B, MOGUEYA S A, TOURE C T, CHERBONNEL G et Al. La suture extériorisée de l'intestin grêle dans les perforations intestinales non traumatiques (Etude préliminaire à propos de 13 observations). Dakar Medical 1982 ; 27(4) : 465-47.
- YAO JG, MASSO-MISSE P - Perforations typhiques : Expérience en milieu chirurgical Camerounais. (A propos de 49 cas). Med trop 1994 ; 54(3) : 242-246.